

них с эритематозной формой было 305 больных с буллезной – 42, с некротической – 34 больных.

Буллезная рожа локализовалась главным образом на нижних (34 больных) и верхних (6 больных) конечностях, туловище (2 больных). При поражении кожи лица и головы у 11 больных наблюдалась, главным образом, эритематозная рожа. Особого внимания заслуживали больные с осложненной гнойно-некротической рожей. Эта форма воспаления возникала как дальнейшее развитие буллезной рожи и наблюдалась в основном при поздно начатом лечении. Тяжесть состояния больных определялась не только формой воспаления, видом возбудителя или сочетанием микрофлоры, но также глубиной и площадью поражения тканей.

При бактериальном исследовании ран, возникших вследствие гнойно-некротического воспаления было установлено вегетирование нескольких микробов. При этом нередко наблюдалось сочетание аэробов с анаэробами (9,2%).

У 26 больных рожистое воспаление было осложнено бактериальным синергическим некротическим поверхностным целлюлитом с распространением процесса на подлежащие ткани и возникновением быстро прогрессирующего воспаления фасций с развитием сосудистого тромбоза. Последнее обуславливало обширный некроз вовлеченных в патологический процесс тканей, тяжелую микробную и некротическую интоксикацию. В некоторых случаях (5 больных) кожные покровы не имели очагов некроза, что привело к недооценке тяжести патологического процесса и распространению его на субфасциальные анатомические образования. У 2 больных в последующем развилась вторичная лимфодема, флебит глубоких вен конечностей с постфлебитическим синдромом. У 2 больных на фоне сниженной реактивности организма инфекция проявилась в ее генерализованной форме – сепсисе. У одного больного данное осложнение привело к смерти.

Поздно начатое лечение даже при легких формах рожи у 12 больных привело к хроническому фиброзирующему целлюлиту.

При гнойно-некротической роже большое значение мы придавали оперативным способам лечения. Метод обезболивания избирался с учетом анестезиологического и операционного риска. Производилось раннее вскрытие гнойных очагов, иссечение некротизированной ткани с осуществлением тщательного гемостаза и оставлением дренажа-ирригатора, позволявшем проводить постоянное орошение раны антисептическими растворами и местное подведение антибиотиков, протеолитических веществ и сорбентов. Выбор медикаментов обуславливался особенностями течения патологического процесса. У 8 больных применялось эндолимфатическое введение антибиотиков с учетом чувствительности к ним микрофлоры. При значительных некрозах и возникновении обширных гранулирующих ран лечение завершалось свободной аутодермопластикой расщепленным лоскутом, что значительно сокращало сроки лечения и пребывания больных в стационаре. Дальнейшая реабилитация больных проводилась в условиях поликлиники.

Перечисленные мероприятия значительно улучшили результаты лечения. Однако необходимо дальнейшее изучение методов диагностики и

Козырев М.А., Щетинин Н.Н.,  
Бородин В.И., Рубахов О.И.,  
Конопелько А.А.

## ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

/ Минск /

В последние годы все чаще встречаются осложненные формы рожистого воспаления. Этому способствует появление неожиданных микробных ассоциаций, развитие антибиотикорезистентной и антибиотикозависимой микрофлоры в условиях измененной иммунореактивности больных, что обусловлено социальными факторами, возрастом, наличием сопутствующих заболеваний и т.п.

В 1995-1997 годах в гнойно-хирургическом отделении 2-й клинической больницы г.Минска лечился 381 больной с рожистым воспалением. Из

способов лечения, внедрения современных экспресс-методов бактериологического контроля в особенности анаэробной флоры